

## Novi zahtjevi za medicinskom dokumentacijom u zbrinjavanju kroničnih bolesnika u obiteljskoj medicini

*New requirements of medical documentation in the area of chronic patients care in family medicine*

Ines Zelić Baričević, Marija Vrca Botica, Linda Carkaxhiu\*

---

### Sažetak

Liječnik obiteljske medicine dužan je osigurati kontinuitet zdravstvene zaštite za populaciju u skrbi, što je moguće jedino uz kvalitetnu i preglednu medicinsku dokumentaciju iz koje je moguće na jednostavan i brz način prikupiti sve potrebne podatke. Podaci o pacijentu u njegovom elektronskom kartonu trebali bi biti raspoređeni u tri područja: listu epizoda zdravstvene zaštite, listu pacijentovih problema, te ostale informacije o pacijentu. Zabilježeni podaci se za liječenje kroničnih bolesti koriste po strukturiranom modelu: prevencija i rano otkrivanje bolesti, liječenje, rano otkrivanje komplikacija, te analiza kvalitete zaštite. Podaci također trebaju biti dostupni ostalim razinama zdravstvene zaštite, te se trebaju iskoristiti za nacionalne registre. Ovako zabilježeni podaci temelj su kvalitetnijega rada liječnika, te olakšavaju rad s kroničnim pacijentima, kako obiteljskom liječniku koji vodi populaciju, tako i ostalim liječnicima koji dolaze u kontakt s njegovim pacijentima.

**Ključne riječi:** Liječnik obiteljske medicine, medicinska dokumentacija, kronični bolesnici

---

### Summary

The family physician must ensure the continuity of health care for his patients, which is possible only using adequate medical documentation where a physician can find and collect all the necessary data. The data about a patient in his electronic medical record must be divided into three areas: list of episodes of care, list of patient's problems and other information on the patient. Collected data are used for management of chronic diseases according to structured model: prevention and early detection of diseases, treatment, early detection of complications and analysis of quality of care. The data must be available to other levels of health care and also be transferred automatically to national registers. The data thus collected make the work of the family physician with chronic patients easier, as well as the work of all other physicians who participate in the patient care process.

**Key words:** Family physician, medical documentation, chronic patients

*Med Jad 2014;44(1-2):39-43*

### Uvod

Zahtjevi za odgovarajućom medicinskom dokumentacijom u žarištu su istraživačkih interesa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti danas, kako u svijetu tako i u Republici Hrvatskoj. Medicinska dokumentacija trebala bi biti usmjerena potrebama, pacijenata, ali i zdravstvenih djelatnika.<sup>1</sup> U svako-dnevnom radu liječnik obiteljske medicine (LOM), prema definiciji Svjetskog udruženja liječnika obiteljske medicine (World Organization of National Colleges, Academies

---

\* **Ordinacija obiteljske medicine** Bukovlje, Slavonski Brod (Ines Zelić Baričević, dr. med.); **Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu**, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra obiteljske medicine (Marija Vrca Botica, dr. med.); **Medicinski fakultet Sveučilišta u Prištini**, Katedra obiteljske medicine (Linda Carkaxhiu, dr. med.)

Adresa za dopisivanje / *Correspondence address*: Ines Zelić Baričević, Ivana Gundulića 29B, 35000 Slavonski Brod, e-mail: ines.zelic@hi.t-com.hr

Primljeno / *Received* 2013-03-04; Ispravljeno / *Revised* 2013-06-24; Prihvaćeno / *Accepted* 2013-07-10

and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians - WONCA-e<sup>2</sup>) treba među ostalim osigurati i kontinuitet zdravstvene zaštite za populaciju u skrbi. To je moguće uz kvalitetnu i preglednu medicinsku dokumentaciju iz koje je moguće na jednostavan i brz način prikupiti epidemiološke podatke, ali i odgovoriti na brojna pitanja, primjerice o podjeli uloga u zdravstvenom sustavu: tko, što, kada i gdje radi, koji su ishodi, koliki troškovi pružene zdravstvene skrbi.

Razlozi dolaska pacijenta u ordinaciju obiteljskoga liječnika<sup>3,4</sup> vrlo su različiti, od konzultacija radi akutnih bolesti ili stanja, ponavljanja preskripcije lijekova za kronične bolesti, administrativnih usluga, terapijskih procedura, do savjeta. Ponekad su simptomi na koje se bolesnik žali nedovoljno jasni (bol u prsima, anksioznost, glavobolja, gubitak apetita), a istraživanja pokazuju da su u 25– 50% slučajeva razloga dolaska bolesnika LOM-u medicinski neobjašnjivi simptomi.<sup>5,6</sup> Nekada su oni uvod u epizodu akutne bolesti (pneumonija) ili pogoršanja kronične bolesti (hiperglikemija u šećernoj bolesti).<sup>7</sup> Pravi uzrok simptoma može biti definiran samo nakon anamneze, kliničkoga pregleda i, po potrebi, provedene dijagnostičke obrade. Međunarodna klasifikacija bolesti, povreda i uzroka smrti (MKB-X)<sup>8</sup> koja se kao metoda zlatnog standarda još uvijek koristi u kodiranju bolesti i stanja u većini europskih zemalja, nalaže da se svaki bolesnikov dolazak liječniku veže uz neku dijagnozu. Tako, svakom simptomu biva pridružena šifra bolesti u sklopu nekog organskog sustava.<sup>9</sup> Posljedica takvog bilježenja jesu iskrivljeni statistički podaci o incidenciji i prevalenciji pojedinih bolesti. Stoga je Međunarodni klasifikacijski odbor WONCA-e (WONCA International Classification Committee - WICC)<sup>10</sup> kreirao drugačiji način bilježenja posjeta u medicinsku dokumentaciju – Međunarodnom klasifikacijom primarne zdravstvene zaštite (International Classification of Primary Care – ICPC)<sup>11,12,13</sup> gdje se kroz epizode zdravstvene zaštite bilježi proces skrbi o pacijentu na način koji omogućuje bolji uvid u zdravstveno stanje pacijenta. S obzirom na to da se u većini zemalja koriste ostale klasifikacije (prethodno spomenuta Međunarodna klasifikacija bolesti<sup>8</sup> te najveća terminologija zdravstvene zaštite na svijetu – Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms – SNOMED<sup>14</sup>...) WICC radi i na vezama i mapiranju prema njima. Odbor također radi na medicinskoj dokumentaciji i unapređenjima elektronskog kartona pacijenata, a upravo o tome se, uz ostalu problematiku, raspravljalo na posljednjem okupljanju odbora u Ravelli, u studenom 2012.<sup>15</sup>

### Novi model medicinske dokumentacije u obiteljskoj medicini, prema prijedlogu WICC-a

Prema mišljenju odbora, a i podacima istraživanja drugih autora,<sup>16,17</sup> medicinska dokumentacija pacijenta treba sadržavati tri osnovna područja: listu epizoda zdravstvene zaštite, listu pacijentovih problema, te listu ostalih informacija o pacijentu.

1. Lista epizoda zdravstvene zaštite: svaki novi simptom ili prezentirani problem, nova dijagnoza, predstavlja početak, ili aktivira novu epizodu zdravstvene zaštite. Epizoda postaje inaktivna ako određeno vrijeme nije bilo dolaska vezanog na taj zdravstveni problem. Računalni program mora informirati liječnika postoji li već epizoda istoga imena ili treba li prethodnu epizodu zaključiti. Trebala bi postojati mogućnost reaktivacije inaktivnih epizoda u slučaju ponovnoga dolaska. Osim informacija o važnim epizodama zdravstvene zaštite, lista sadrži i manje probleme i simptome koji se još nisu ili se nikada neće razviti u određenu bolest. U ovoj listi možemo dobiti informacije o bolestima u dijagnostičkoj fazi.

Primjer:

Lista epizoda ZZ:

- 11. 5. - 24. 5. 2006. Bronchitis acuta
- 27. 4. - 7. 5. 2007. Bronchitis acuta
- 18. 2. - 30. 2. 2009. Bronchitis chronica acuta recidivans
- 8. 7. - 15. 8. 2009. Dystorsio articulationis talocruralis dex
- 15. 12. 2010. Diabetes melitus
- 7. 4. - 12. 4. 2011. Cephalaea
- 22. 5. 2011. KOPB
- 22. 5. - 7. 6. 2011. KOPB acuta exacerbata
- 17. 7. 2011. Hypertrigliceridaemia
- 22. 5. 2011 - 3. 6. 2011. Candidiasis regionis inguinalis
- 15. 8. - 18. 8. 2011. Colicae abdominales
- 12. 9. - 8. 10. 2011. KOPB acuta exacerbata
- 18. 4. - 5. 5. 2012. KOPB acuta exacerbata
- 18. 4. - 30. 4. 2012. Candidiasis regionis axillaris

2. Lista pacijentovih problema: ovdje se bilježe kronične bolesti, te ostali događaji ili činjenice vezane za zdravlje (poput trajnih stanja ili kongenitalnih anomalija). Svaki problem mora imati naznačen datum njegovoga početka. Za razliku od liste epizoda u pravilu nema datuma završetka, jer je većina kroničnih bolesti doživotna. Zbog lakšeg korištenja ove liste trebala bi biti sažeta. Upravo ovdje se može

naći stvarna prevalencija raznih bolesti u fazi liječenja.

Primjer:

Lista problema:

- 15.2.2010. Diabetes mellitus
- 22.5.2011. KOPB
- 17.7.2011. Hypertrigliceridaemia

3. Ostale informacije o pacijentu: dio elektronskog zdravstvenog kartona pacijenta koji sadrži informacije o: bolestima u obitelji, navikama, pušenju, izračun ukupnog kardiovaskularnog rizika, alergijama, korištenju oralnih antikoagulanasa, izjave vezane za želje o donacijama organa i oživljavanju pacijenta u slučaju kliničke smrti. U ovu listu se također mogu unositi podaci o bračnom statusu, socio-ekonomskom statusu, broju članova domaćinstva ili vjeri.

Primjer:

Ostale informacije o pacijentu:

- Oženjen, otac troje djece
- Zaposlen
- Supruga nezaposlena
- Žive u zajedničkom kućanstvu sa supružnim roditeljima,
- Pušač 30 cigareta dnevno od 18.godine,
- Fizički neaktivan, redovito uzima terapiju, ne pridržava se dijete
- KV rizik trenutno manji od 1%
- Otac boluje od dijabetesa, liječi kroničnu bubrežnu insuficijenciju dijalizom
- Majka imala dijabetes, hipertenziju i dislipidemiju, umrla od karcinoma debelog crijeva

*Dileme oko svrstavanja u liste*

Prilikom bilježenja potrebno je, koristeći podatke s liste „Ostale informacije o pacijentu“, razlučiti što je rizični čimbenik, a što razvijena bolest. Ovim problemom bavio se Aronowitz<sup>18</sup> te opisao različite stavove liječnika, medicinskih sestara, kao i običnih ljudi o tome koja stanja smatraju bolestima. Pušenje, iako ima svoju šifru dijagnoze u svim klasifikacijama, najmanje sudionika provedene ankete smatra bolešću.<sup>18</sup> Prema nekim raspravama WICC-a, pušenje bi valjalo bilježiti među ostale informacije o pacijentu kao rizični čimbenik, osim ukoliko se pacijent ne obrati liječniku zbog želje za odvikavanjem od pušenja. Tada ga valja zabilježiti kao epizodu bolesti sa šifrom pušenja.<sup>15</sup>

*Kako koristiti podatke iz lista za liječenje kronične bolesti?*

Primjer: šećerna bolest

Podatke zabilježene u 3 osnovne liste kartona za liječenje kroničnih bolesti treba koristiti po strukturiranom modelu zaštite:

1. prevencija i rano otkrivanje bolesti
2. liječenje
3. rano otkrivanje i praćenje komplikacija
4. analiza kvalitete zaštite

1. Podaci za prevenciju i rano otkrivanje predijabetesa i dijabetesa

Računalni program u obiteljskoj medicini trebao bi identificirati visokorizične osobe za razvoj dijabetesa, kao i one koji imaju neotkriveni dijabetes. Faktori koji mogu pomoći u identifikaciji tih osoba su:

- nepromjenjivi faktori: dob, spol, dijabetes u osobnoj anamnezi, dijabetes u obitelji, žene koje su rodile veliku djecu, ostale kronične bolesti (multimorbiditet),

- promjenjivi faktori: BMI, arterijski tlak metabolički čimbenici, stil života, socioekonomski faktori.

Prikupljanjem tih podataka moguće je kreirati skupine pacijenata s visokim rizikom za nastanak bolesti u odnosu na one koji nemaju rizik za nastanak bolesti.

2. Liječenje

Uz podatke koji se zabilježe i nalaze u spomenutim trima područjima („listama“), kao podsjetnik liječniku bio bi koristan automatiziran pristup smjernicama liječenja u samim računalnim programima.<sup>20-24</sup>

3. Aktivno traženje i liječenje komplikacija

Podsjetnici, kao dio računalnih programa, potiču liječnika da traga za komplikacijama i da ih liječi u skladu s *evidence based medicine* (EBM) smjernicama<sup>25</sup> za dijabetes (pregled stopala, albuminurije, ergometrija). Oni vjerojatno imaju pozitivan utjecaj na liječnika i proces zaštite,<sup>26,27</sup> iako nema dovoljno dokaza o utjecaju ovih sistema na ishod, sigurnost, troškove ili zadovoljstvo liječnika.<sup>28</sup> Optimalno je, ako podsjetnik ima ulogu samo podsjećanja liječnika na postupke, a pri tome ne ograničava nužno individualiziran pristup pacijentu.<sup>29,30</sup>

4. Analiza podataka je nužna za analizu rezultata zaštite i poboljšanje kvalitete zaštite. Ona obuhvaća podatke učinjene na svim razinama zaštite od strane svih sudionika podijeljene zaštite ( “*shared care*” ).

#### *Dodatni zahtjevi od medicinske dokumentacije*

Veza baze podataka LOM-a s ostalim bazama podataka, posebno Nacionalnim registrom za dijabetes,<sup>31</sup> bila bi nužna. Tako već uneseni podaci mogu biti iskorišteni za statističku analizu, epidemiološku procjenu incidencije i prevalencije bolesti bez dodatnog napora i trošenja vremena zdravstvenih djelatnika.

Komunikacija između primarne i sekundarne razine zdravstvene zaštite predstavlja sljedeću važnu ulogu informatizacije.<sup>32</sup> Bolesnikovi bi podaci trebali biti dostupni bolničkim konzultantima na sekundarnoj i tercijarnoj razini. S druge strane, obiteljski liječnik također treba imati pristup rezultatima dijagnostičkih pretraga koje pacijent učini na sekundarnoj razini. Ovom komunikacijom izbjeglo bi se nepotrebno ponavljanje, ponekad i potencijalno opasnih i skupih pretraga, postiglo bi se rasterećenje zdravstvenoga sustava.

U ovom trenutku, u Republici Hrvatskoj se nalazi iz laboratorija primarne zdravstvene zaštite, putem Interneta mogu dostavljati u pacijentov elektronski karton. Moguće je i elektronsko upućivanje na preglede ili dijagnostičke pretrage u sekundarnu zdravstvenu zaštitu (SZZ).<sup>31</sup> U planu je i dostavljanje nalaza pretraga obavljenih u SZZ izravno u elektronski karton pacijenta.

#### **Ciljevi WICC-a kao zaključak**

Odgovarajuća medicinska dokumentacija jedan je od preduvjeta kvalitetnoga rada u obiteljskoj medicini. Jedna od glavnih karakteristika obiteljske medicine je kontinuitet zaštite: poznavanje pacijenta i njegovih osobnih i obiteljskih opterećenja bremenom rizika i/ili bolesti. Kvalitetno i strukturirano uneseni podaci u karton obiteljskoga liječnika, važna su osnova za planiranje i organiziranje zaštite na drugim razinama zdravstvenoga sustava kao što su incidencija i prevalencija pojedinih bolesti, razine na kojima se bolest zbrinjava, postupci učinjeni u procesu zaštite kod LOM, rezultati liječenja, uzroci smrti, preskripcija lijekova i sl.

#### *Literatura*

1. Hunt JS, Siemieniczuk J, Gillanders j, et al. The impact of a physician-directed health information technology system on diabetes outcomes in primary care: a pre-

- and post-implementation study. *Inform Prim Care*. 2009;17:165-74.
2. <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>. Pristupljeno 21.2.2013.
3. Katić M, Perinović R, Žalac D, Jovanović A. Razlozi dolaska bolesniku bolesnika liječniku opće medicine. (Primjena Međunarodne klasifikacije za primarnu zaštitu). *Med Fam Croat*. 1994;2:5-12
4. Budak A, Tiljak H. Pojavnost bola i terapijski odgovor liječnika opće i obiteljske medicine. *Medicus*. 1999; 8:103-8.
5. Olde Hartman TC, Hassink-Franke LJ, Lucassen PL, van Spaendonck KP, van Weel C. Explanation and relations. How do general practitioners deal with patients with persistent medically unexplained symptoms: a focus group study. *BMC Fam Pract*. 2009;10:68.
6. Verhaak PF, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Fam Pract*. 2006; 23:414-20.
7. Klein Woolthuis EP, de Grauw WJ, van Gerwen W, et al. Identifying people at risk for undiagnosed type 2 diabetes using the GP's electronic medical record. *Fam Pract*. 2007;24:230-6.
8. International Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th revision. Vol.1. Geneva: World Health Organization; 1992.
9. Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima. Dostupno na: [http://www.hzzo-net.hr/03\\_01\\_17.php](http://www.hzzo-net.hr/03_01_17.php) Datum pristupa informaciji 11. 11. 2011.
10. [http://www.ph3c.org/4daction/w3\\_CatVisu/en/aim.htm?wCatIDAdmin=1098](http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/aim.htm?wCatIDAdmin=1098) Datum pristupa informaciji 19. 6. 2013.
11. ICPC-2. International Classification of Primary Care. Prepared by the Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press: 1998.
12. Lamberts H, Wood M, editors. ICPC International Classification of Primary Care. Oxford: Oxford University Press, 1987.
13. Krčmar N i sur. ICPC-2, Međunarodna klasifikacija primarne zdravstvene zaštite i njena primjena u zdravstvu Hrvatske. Dostupno na <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=12537> Datum pristupa informaciji 19. 6. 2013.
14. <http://www.ihtsdo.org/snomed-ct/whysnomedct/snomedfeatures/> Datum pristupa informaciji 21. 2. 2013.
15. [http://www.ph3c.org/4daction/w3\\_CatVisu/en/ravello-meeting-2012-;--docs-slides--and-countries-annual-reports.html?wDocID=267](http://www.ph3c.org/4daction/w3_CatVisu/en/ravello-meeting-2012-;--docs-slides--and-countries-annual-reports.html?wDocID=267) Datum pristupa informaciji 21.2.2013.
16. Lamberts H, Hofmans-Okkes I. Episode of care: a core concept in family practice. *J Fam Pract*. 1996;42: 161-9.
17. <http://discovery.ucl.ac.uk/1598/1/A22.pdf>. Datum pristupa informaciji 11.11.2012.
18. Aronowitz RA. The converged experience of risk and disease. *Milbank Q*. 2009;87:417-442.

19. Shekelle PG, Morton SC, Keeler EB. Costs and benefits of health information technology. *Evid Rep Technol Assess.* 2006;132:1-71.
20. Rahimi B, Vimarlund V. Methods to evaluate health information systems in healthcare settings: a literature review. *J Med Syst.* 2007;31:397-432.
21. Niazkhani Z, Pirnejad H, Berg M, Aarts J. The impact of computerized provider order entry systems on inpatient clinical workflow: a literature review. *J Am Med Inform Assoc.* 2009;16:539-49.
22. Georgiou A, Ampt A, Creswick N, Westbrook JJ, Braithwaite J. Computerized provider order entry - what are health professionals concerned about? A qualitative study in an Australian hospital. *Int J Med Inform.* 2009;78:60-70.
23. Lorenzi NM, Kouroubali A, Detmer DE, Bloomrosen M. How to successfully select and implement electronic health record (EHR) in small ambulatory practice settings. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2009;9:15.
24. Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, Lobach DF. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ.* 2005; 330:765
25. Cranney M, Warren E, Barton S, Gardner K, Walley T. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? A descriptive study. *Fam Pract.* 2001; 18:359-63
26. Roshanov PS, You JJ, Dhaliwal J, et al. CCDSS Systematic Review Team. Can computerized clinical decision support systems improve practitioners' diagnostic test ordering behavior? A decision-maker-researcher partnership systematic review. *Implement Sci.* 2011; 6:88.
27. Ali MK, Shah S, Tandon N. Review of electronic decision-support tools for diabetes care: a viable option for low- and middle-income countries? *J Diabetes Sci Technol.* 2011;5:553-70.
28. Souza NM, Sebaldt RJ, Mackay JA, et al. CCDSS Systematic Review Team. Computerized clinical decision support systems for primary preventive care: a decision-maker-researcher partnership systematic review of effects on process of care and patient outcomes. *Implement Sci.* 2011;6:87.
29. Mazza D, Russel SJ. Are GPs using clinical practice guidelines? *Aust Fam Physician.* 2001;30:817-21.
30. Formoso G, Liberati A, Magrini N. Practice guidelines: useful and "participative" method? Survey of Italian physicians by professional setting. *Arch Intern Med.* 2001;161:2037-42.
31. <http://www.hzjz.hr/publikacije/crodiabreg2011.pdf>  
Datum pristupa informaciji 12.11.2012
32. Smith S, Bury G, O'Leary M, et al. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. *Fam Pract.* 2004;21:39-45.

